

別記第22号様式(第18条、第19条関係)

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	1	2	0	6	個人番号											
被保険者番号									療養を 受けた 方	被保険者 氏名										
公費負担者番号										生年月日		明・大・昭	年	月	日					
公費受給者番号																				

診療を受けた医療機関等 の所在地																								
診療を受けた医療機関等																								
入院日数	年			月			日から			年			月			日まで			日間			回		
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)	円																							
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由																								
発病または負傷の理由	1 第三者行為					2 その他(自損事故・疾病等)																		

差額支給 計算	イ	()	円	×	()	回	=	()	円	合計
	ロ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ハ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ニ	()	円	×	()	回	=	()	円	
	ホ	却下(理由:								

網掛けの中は記載不要です。

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左記記載して下さい						
口座名義人 (カタカナ)						

該当するものに をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。
口座名義人はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事療養差額の支給を申請します。

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

連絡先

職員処理欄

長期入院該当起算日:

領	検	本人確認 [済 · 未]	代理人確認 [済 · 未]
---	---	----------------	-----------------

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、食事療養差額に関する下記の権限を委任します。

記

（ ~ のいずれか一つを丸で囲んでください。）

- 1 申請に関する事。
- 2 受領に関する事。
- 3 申請及び受領に関する事。

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

以上